|  |
| --- |
| **市盲人按摩实训基地招募合作指导老师报名表** |
| 姓名 | 　 | 性别 | 　 | 联系电话 | 　 |
| 残疾证号 | 　 | 从事按摩行业年限 | 　 |
| 工作单位 | 　 |
| 工作学习简历 | 　 |
|
|
|
|
| 备注 | 　 |

说明：请如实填报，一经发现弄虚作假，取消报名资格。